

LE DIPENDENZE COMPORAMENTALI

Tra i disturbi mentali che ultimamente si stanno diffondendo sempre più rapidamente ci sono le dipendenza comportamentali. Tra queste ci sono ad esempio la dipendenza dal gioco d'azzardo, la dipendenza sessuale, la dipendenza da Internet, la dipendenza affettiva e la spesa compulsiva. Per la maggior parte delle persone queste attività rappresentano parte integrante del normale svolgimento della vita quotidiana, ma per alcuni individui possono assumere caratteristiche patologiche, fino a provocare gravissime conseguenze.

A livello economico si manifesta spesso una diminuzione del patrimonio familiare dovuta alle spese che riguardano direttamente il comportamento oggetto della dipendenza o dovute alla perdita del proprio posto di lavoro a causa dei comportamenti compulsivi interferenti con l'attività lavorativa.

Le conseguenze emotive più frequenti ed evidenti sono relative alla repressione dei sentimenti e delle emozioni, o all'incapacità di gestirli ed integrarli, con una conseguente interruzione della crescita emotiva. Parallelamente si sviluppano sentimenti negativi come senso di colpa e vergogna, depressione, perdita dell'autostima, perdita di scopi per la propria vita. Un blocco delle proprie emozioni implica anche un progressivo isolamento sociale in quanto le nostre relazioni intime si basano fondamentalmente su uno scambio ed una comprensione emotivi.

A livello cognitivo i dipendenti manifestano problemi di attenzione (mancanza di concentrazione, di acuità mentale, di vivacità e vigilanza, intrusione di pensieri e fantasie non volute), distorsioni sul modo di pensare (mentire, negare, razionalizzare, minimizzare e proiettare) e convinzioni di base disfunzionali (riguardo se stessi, i propri bisogni, le relazioni e il comportamento dal quale dipendono).

Le conseguenze sociali implicano problemi d'interazione con le altre persone (famiglia, amici, conoscenti e colleghi di lavoro), con l'incapacità di aprirsi agli altri, relazionarsi con loro in maniera intima e di comprendere i loro stati emotivi, i loro pensieri e bisogni. La conseguenza è un progressivo isolamento. Alcuni possono mantenere l'apparenza di avere degli amici che in

realtà sono solo conoscenze. Spesso, le loro amicizie sono superficiali o manipolative e l'interesse nelle relazioni può essere rivolto quasi esclusivamente a quello che possono ottenerne. Spesso vi sono anche gravi problemi matrimoniali, dovuti alla trascuratezza, da parte del dipendente, del suo ruolo in famiglia, oppure a suoi comportamenti di tipo provocatorio o aggressivo.

Un ruolo di rilievo tra le dipendenze comportamentali lo stanno sempre più assumendo la dipendenza sessuale e la dipendenza da psicotecnologie (Internet). Il primo è un elemento costitutivo della nostra vita, ci è proprio in quanto esseri umani, mentre le seconde sono entrate a far parte della nostra vita in modo quasi insostituibile. Un tipo di dipendenza comportamentale che si sta sviluppando in modo ancora più rapido, e che consiste in una sintesi di queste due dipendenze, è la dipendenza dal cybersesso.

In base alla nostra esperienza clinica, e al confronto con la letteratura scientifica sull'argomento, possiamo ipotizzare alla base di questo disturbo un deficit emotivo basato sul sentimento della vergogna, ed uno cognitivo che si fonda su alcune credenze di base disfunzionali. A questi si aggiunge un deficit metacognitivo che favorisce, tra l'altro, l'incapacità della persona di orientare i propri comportamenti ad uno scopo, di governarli e di controllare i propri impulsi.

Vediamo più nel dettaglio questi tre tipi di dipendenza, tramite la presentazione di un caso clinico, per poi presentare una concettualizzazione cognitiva generale delle dipendenze comportamentali.

DIPENDENZA DA INTERNET

I dipendenti da Internet passano davanti al computer molte più ore di quelle che intendevano all'inizio. Tentano in tutti i modi di nascondere la loro abitudine allo scopo di mantenerla. Progressivamente perdono sempre di più il controllo sull'uso di Internet e sulla loro vita in generale.

Per loro la Rete è una seconda casa, un luogo nel quale sentirsi liberi, senza pensieri o responsabilità, nel quale incontrare persone diverse da quelle della vita reale. Si sentono parte di un mondo che li accetta per come sono, o nel quale possono mostrarsi come vogliono. Internet è un luogo nel quale, a qualunque ora, è possibile fare incontri o avere accesso ad esperienze in grado di 'catturare' la mente.

Internet fornisce quindi al dipendente uno strumento attraverso il quale, a qualunque ora ed in modo molto semplice, può avere accesso ad uno stato mentale alterato in grado di fornirgli un sentimento di competenza e valore personale, una stabilità emotiva, un sentimento di connessione con altri ed un senso per la propria vita. Ovviamente è tutto illusorio.

Caso clinico

A. è una donna di 30 anni, è iscritta all'Università anche se da due anni non sostiene esami. È coniugata con un uomo di 35 anni, dipendente pubblico, ed ha un figlio di 4 anni. Nell'anamnesi familiare emerge la figura di un padre descritto come "distaccato" dalla famiglia in quanto spesso lontano da

casa per lavoro. La descrizione della madre lascia trasparire invece la presenza di un disturbo istrionico di personalità e di una storia di uso di alcool e superalcolici superiore alla media. Ha una sorella più grande con la quale dice di avere sempre avuto un rapporto conflittuale.

A. giunge alla prima osservazione alla fine del 1998 e sostiene di sentirsi astenica, apatica, ansiosa, depressa e riferisce insonnia da circa un mese. Il rapporto coniugale viene descritto come “ideale” sino ai due mesi precedenti. All'epoca del primo incontro con noi, A. diceva di sentirsi “trascurata”, di non riuscire più ad avere rapporti sessuali con il coniuge, di non riuscire più a provare sentimenti per lui, “come se fosse tutto cristallizzato”. All'incontro successivo abbiamo convocato anche il marito il quale mette la sintomatologia di A in relazione temporale con un aumento dell'uso del computer (specie nelle ore notturne), iniziato da parte della moglie. A. non nega, anche se tende a minimizzare, “in fondo va a dormire presto, ... io non so che fare, ... così mi collego ad Internet e vado sulle chat”. Si riesce poi a sapere da A. che l'utilizzo delle chat è pressoché quotidiano e viene quantificato, negli ultimi tempi, in una media di 5-6 ore per notte, con punte di 8 ore. A. dice di non riuscire più a farne a meno e che le rare volte in cui non può collegarsi è pervasa dal dubbio di sapere cosa accade in sua assenza sul “canale”. Durante il giorno non riesce più a fronteggiare i compiti quotidiani, anche perché a causa della scarsa presenza del marito, non può concedersi il recupero del sonno perduto.

Concettualizzazione cognitiva

Una volta in terapia A. si è resa conto che stava utilizzando Internet per evitare di affrontare i propri problemi esistenziali. Analizzandoli, è arrivata al cuore delle sue convinzioni di base disfunzionali riguardo se stessa (con temi di scarsa considerazione, insicurezza), le relazioni (con temi di paure dell'intimità), ed il propri bisogni (inerenti la propria difficoltà e paura ad esprimerli apertamente, anche al marito). Parallelamente ha ricominciato a coltivare amicizie reali, interessi ed hobby, nonché il rapporto con il marito.

Alla centro di queste convinzioni di base, è emerso un tema di svalutazione ed inadeguatezza, sintetizzabile in un sentimento di vergogna personale generalizzato. La conseguenza di questo sentimento è stata, a livello emotivo, una difficoltà a gestire le proprie emozioni negative, dalle quali si lasciava invadere senza possibilità di integrarle o rendersene cosciente in maniera organizzata.

Terapia

Il primo passo della terapia di A. è stato il riconoscimento del proprio problema con Internet. Era necessario comprendere che, anche se Internet non è una sostanza che si assume fisicamente, dà comunque una notevole dipendenza ed è in grado di danneggiare seriamente un rapporto di coppia, la famiglia e, potenzialmente, anche il lavoro e la salute fisica.

In conseguenza di questa consapevolezza A. ha iniziato a lavorare sui problemi esistenziali e quotidiani che sentiva di non riuscire ad affrontare, arrivando così a rendersi conto delle convinzioni di base disfunzionali, del sentimento di vergogna generalizzato, e degli eventi della sua storia ai quali erano collegati.

Attualmente A. non ha più gravi problemi con il marito; ha ancora il desiderio di connettersi la sera o quando è giù di morale, ma riesce a tenerlo sotto controllo; ha ricominciato a dare esami all'università; ha iniziato a riprendere i rapporti con alcune amicizie che aveva trascurato.

LA DIPENDENZA SESSUALE

La dipendenza sessuale è una relazione patologica con il sesso, attraverso la quale la persona si rifugia nella ricerca di un piacere che possa alleviare lo stress, permettergli di fuggire dai sentimenti negativi o dolorosi, dalle relazioni intime che non è capace di gestire. Una relazione che, oltre alla sensazione di piacere, gli dia l'illusione di controllare tutte queste difficoltà, e con esse la vita stessa. Questa relazione diviene il bisogno fondamentale rispetto al quale tutti il resto viene sacrificato, comprese le persone che divengono secondarie rispetto al proprio desiderio sessuale. I dipendenti sessuali hanno perso il controllo sulla loro capacità di dire no, sulla loro abilità di scegliere. Il loro comportamento sessuale è parte di un ciclo di pensieri, sentimenti ed azioni che non sono più in grado di controllare (Lambiase, 2001, pp. 11-13).

Inevitabilmente l'euforia del dipendente sessuale dura tanto quanto il rituale sessuale. Cessato l'orgasmo sperimenta sentimenti negativi di autosvalutazione rispetto ai quali il bisogno di sollievo è assolutamente necessario. In questo modo si stabilisce un ciclo vizioso di uno stato progressivo che alla fine rende la vita del dipendente impossibili da gestire. In altri casi, i dipendenti hanno perso contatto con le loro emozioni al punto che, in seguito all'atto sessuale, non provano emozioni negative ma nemmeno positive. Il piacere dell'orgasmo svanisce lasciando spazio ad un senso di vuoto emotivo, di indifferenza. Il sesso diviene quindi un rifugio che permette alla persona di fuggire da una vita caratterizzata dal sentimento della vergogna e dalle convinzioni di base disfunzionali, per accedere in una realtà nella quale sperimenta, illusoriamente, un sentimento di connessione interpersonale, un valore personale, il controllo dei propri comportamenti, una sensazione di piacere, l'idea di vita piena di significato.

Caso clinico

B. ha 35 anni ed è un impiegato pubblico. Nel corso dell'anamnesi racconta che i suoi problemi sessuali sono iniziati a 14 anni quando la sua curiosità lo ha spinto ad andare da una prostituta: il suo primo rapporto sessuale, prima del quale non si era mai masturbato, prima del quale il sesso era stato vissuto in famiglia come un tabù. Il primo rapporto sessuale non a pagamento con una donna lo ha avuto invece a 21 anni.

Da allora la sua sessualità è progressivamente aumentata sfociando nella dipendenza attraverso la ricerca di sesso a pagamento e non, la frequentazione di club privé, iniziando a fare una mappa dettagliata della città da percorrere ogni giorno per ricercare rapporti sessuali; nel tempo ha inoltre iniziato a “rubare” in casa oggetti e denaro che gli permettessero di appagare il proprio desiderio ossessivo.

Quando B. giunge in terapia presenta una situazione caratterizzata da frequenti rapporti sessuali, masturbazione compulsiva, debiti economici con diverse persone, uno stipendio decurtato a causa delle telefonate erotiche fatte dall'ufficio ed un forte disagio emotivo dovuto all'incapacità di prendersi cura di sé stesso e di gestire la propria vita in ambito personale, sociale e lavorativo. Presenta inoltre aspetti depressivi che hanno reso necessario, nella prima fase della terapia, un sostegno farmacologico.

Concettualizzazione cognitiva e terapia

Nei primi colloqui della terapia sono state coinvolte anche la madre e la compagna per costruire una rete di sostegno concreto che potesse aiutare B. in questa prima fase di accoglienza e definizione degli obiettivi.

In seguito a questa prima fase terapeutica, nella quale B. è stato impegnato nel resistere alle crisi di astinenza più forti e ad adattarsi al nuovo stile di vita nel quale c'erano altre persone a aiutarlo, è stato possibile iniziare a lavorare sugli aspetti emotivi e cognitivi del disturbo. In questo modo B. ha raggiunto una maggiore consapevolezza rispetto alle sue convinzioni disfunzionali inerenti:

- il proprio valore personale, con temi di insicurezza, incapacità di gestire le situazioni quotidiane, bassa stima di sé stesso;
- le proprie relazioni, con temi di confusione tra attrazione fisica ed innamoramento, paura ed impossibilità di raggiungere l'intimità affettiva per il timore di essere abbandonato;
- i propri bisogni, con riferimento all'incapacità sia di se stesso che degli altri di riuscire a soddisfarli adeguatamente, con la conseguenza di non essere più nemmeno consapevole di molte sue necessità, in particolar modo di quelle legate all'affettività;
- la propria sessualità, considerata il proprio bisogno più importante ed utilizzata come mezzo per soddisfare i propri bisogni, per instaurare relazioni, per sentirsi importante.

Contemporaneamente B. ha iniziato a lavorare sugli aspetti più propriamente emotivi del suo disturbo, facendo contatto con il proprio senso di abbandono, vissuto sin dalla nascita (la madre naturale lo ha abbandonato in ospedale dopo il parto) e poi perpetuatosi nelle diverse fasi della sua vita, e con il conseguente sentimento di vergogna, collegato al non essersi sentito accettato, desiderato, alla convinzione di non avere valore, al credere di non poter essere amato da nessuno, con la conseguente convinzione che non ci si può fidare di nessuno, che è meglio evitare le relazioni intime e costruirsi invece un'immagine di sé che possa funzionare da difesa.

In conseguenza a queste consapevolezza B. ha iniziato un lavoro di individuazione dei suoi bisogni attuali, sperimentando strategie che gli permettessero di comunicare con l'altro, con la sua compagna e con lo stesso terapeuta. B. ha iniziato a organizzare in modo diverso la sua quotidianità, programmando le sue attività, invece di lasciare che le cose accadessero. A partire da questo ha anche iniziato a riflettere su quello che gli accadeva, su quello che voleva fare, sulle possibilità, i rischi e le conseguenze delle sue azioni, sviluppando in questo modo un inizio di abilità riflessiva orientata al problem solving che prima ad ora non aveva mai attuato. Oltre a questa nuova capacità, B. ha iniziato a sviluppare una forma di monitoraggio metacognitivo non solo riguardo i propri contenuti mentali, ma anche rispetto a quelli degli altri, iniziando inoltre a collegare tra loro emozioni, pensieri e comportamenti. Questo lavoro è stato possibile in particolar modo grazie al lavoro in gruppo ed alla riflessione su alcuni temi e problemi che viveva nella sua relazione di coppia.

Questo lavoro ha aperto la strada ad una serie di alternative diverse dalla dipendenza: giungere ad una sana intimità, in primo luogo con la sua compagna; iniziare a prendersi cura di sé; coltivare interessi; provare a fidarsi dell'altro in un rapporto di amicizia senza assumere il ruolo di vittima o di leader; trovare nel lavoro la possibilità di una sana gratificazione personale.

Attualmente B. è ancora in terapia, spesso ha ancora la tentazione di girare per la città alla ricerca del sesso come conforto immediato dopo una giornata lavorativa che ha messo a dura prova la propria autostima, in un momento in cui il cambiamento non è ancora consolidato. Dopo un giro di ronda però torna a casa, la tentazione di dire a sé stesso di essere finalmente uscito dal circuito vizioso e di sentirsi "fuori pericolo" è forte, ed è proprio questo il rischio attuale: quello di non continuare a riflettere sulle proprie paure e difficoltà dopo essere riuscito a dire di no.

LA DIPENDENZA DA CYBERSESSO

Un comportamento sessuale che ultimamente si sta sviluppando sempre più, favorito anche dal rapido sviluppo di Internet, è il cybersesso, inteso come attività sessuale messa in atto attraverso l'uso di tecnologia digitale, in tempo reale o no. Lo strumento usato principalmente è internet, attraverso il quale è possibile scambiarsi video, file audio, storie, foto, o vedersi e sentirsi in tempo reale. È però possibile utilizzare ad esempio anche supporti digitali come cd-rom, nei quali sono presenti giochi a sfondo sessuale o riviste pornografiche.

Le caratteristiche principali della dipendenza da cybersesso (Lambiase, 2003) sono le seguenti:

- pensiero frequentemente occupato dal sesso online;
- ripetuti sforzi di controllare o eliminare la pratica del sesso online;
- agitazione o irritabilità quando si cerca di fermare o controllare la pratica del sesso online;

- utilizzare il sesso su internet come un modo per fuggire o alleviare problemi o sentimenti disforici come disperazione, senso di colpa, ansia o depressione;

- mettere in atto il sesso su Internet giorno dopo giorno alla ricerca di un'esperienza sessuale più intensa o rischiosa;

- mentire ai familiari, ai terapeuti o ad altre persone per favorire il coinvolgimento nel sesso online;

- commettere atti sessuali online illegali (ad es. pedo-pornografia);

- conseguenze negative riguardanti le proprie relazioni primarie, il lavoro, lo studio, le finanze;

- negare l'evidenza della dipendenza nonostante le conseguenze negative;

- esordio ed evoluzione notevolmente rapidi.

Il cybersesso, così come il sesso ed Internet, diviene quindi un rifugio nel quale la persona può fuggire da una vita caratterizzata dal sentimento della vergogna e dalle convinzioni di base disfunzionali, per accedere in una realtà nella quale sperimenta, illusoriamente, un sentimento di connessione interpersonale, un valore personale, il controllo dei propri comportamenti, una sensazione di piacere, l'idea di una vita piena di significato. Una realtà che permette facilmente di razionalizzare o negare i propri comportamenti e le loro conseguenze.

Caso clinico

C. è un uomo di 36 anni, sposato da cinque anni e padre di un figlio di tre anni. Lavora come web designer. I suoi problemi con Internet sono iniziati circa due anni fa. Dopo cena C. spesso andava nel seminterrato per portare avanti del lavoro. A volte gli capitava di vistare qualche sito o di scaricare qualche filmato pornografico. Mentre faceva queste cose si masturbava ma, dato che era una cosa che avveniva raramente e in fondo "pensavo di non tradire mia moglie", ha proseguito così per circa un anno. Navigando in alcuni siti C. si è avvicinato anche ad alcune chat, nelle quali ha iniziato a intessere delle relazioni sessuali virtuali con alcune donne, con le quali si scambiava anche delle foto. Ogni giorno controllava regolarmente, più volte, le sue chat preferite, controllando chi c'era, flirtando, in attesa dell'appuntamento serale. L'incontro con le chat è stato l'inizio di un rapido aumento dell'uso di internet per scopi sessuali. Ogni sera spendeva almeno tre o quattro ore a masturbarsi mentre viveva delle relazioni sessuali online o si scambiava foto con alcune donne. Nel tempo anche le chat non sono bastate più e C. ha iniziato a frequentare alcuni siti nei quali è possibile, previo pagamento con carta di credito o tramite l'installazione di un apposito programma nel computer, vedere alcune 'modelle' fare degli show erotici in base alle richieste dell'utente. Sebbene non avesse mai avuto intenzione di andare oltre in queste attività, ad un certo punto si è sentito particolarmente attratto da una di queste donne.

Nel giro di tre mesi, ha speso circa 3.500 per vedere gli show di questa donna. Man mano si è sempre isolato di più da sua moglie e dalla sua fami-

glia, trovando dei modi sempre più creativi per mentire riguardo dove andavano a finire tutti quei soldi. Anche il lavoro ha finito per diventare secondario a queste relazioni sessuali. C. è arrivato ad essere geloso che quella modella potesse mostrarsi anche ad altri uomini.

Quando C. si è rivolto da noi non aveva ancora rivelato nulla alla moglie del suo problema, sebbene lei si fosse ormai da tempo accorta che qualcosa non andava dato il progressivo isolamento e la crescente irritabilità di C., nonché a causa delle continue spese apparentemente giustificate dal marito.

Concettualizzazione cognitiva

Il lavoro terapeutico svolto con C. ha permesso di evidenziare una sua diffusa difficoltà ad entrare in relazione ad un livello profondo. Apparentemente sembrava un tipo socievole, mentre in realtà aveva una notevole difficoltà ad entrare veramente in intimità a causa di un sentimento di vergogna e di svalutazione delle sue emozioni. Questo si evidenziava in modo particolare nel rapporto di coppia, dove la moglie lamentava la sua scarsa presenza affettiva, sebbene fosse una persona molto disponibile da altri punti di vista.

Anche per quanto riguarda gli hobby e gli interessi di C., il solo ambito dal quale sentiva di ricavare piacere e soddisfazione era il lavoro, al quale, già prima di sviluppare una dipendenza da cybersesso, dedicava più tempo che a tutte le altre attività della sua vita.

Il sentimento di vergogna di C. era quindi collegato a convinzioni di base disfunzionali riguardo se stesso e le proprie relazioni, con un conseguente blocco delle proprie emozioni, ed una difficoltà a viverle ed esprimerle. Il cybersesso era quindi divenuto un mondo parallelo nel quale cercava di provare il piacere, il senso di intimità e di competenza relazionale che non riusciva a provare nella vita reale.

La terapia

Quando C. è venuto in terapia, sebbene si fosse reso conto della problematicità dei propri comportamenti, è stato necessario un lungo processo di valutazione del problema e delle conseguenze, e di motivazione al cambiamento, prima di poter iniziare a collaborare per il cambiamento.

Una volta iniziata la vera e propria terapia C. ha iniziato a lavorare sui suoi problemi di autostima e relazionali, imparando a riconoscere le proprie emozioni e a manifestarle, in primo luogo con il partner. Parte di questo percorso ha consistito nello svelamento, alla moglie, delle attività sessuali online. Da questo incontro è iniziata una terapia di coppia parallela alla terapia individuale, con lo scopo di apprendere delle abilità comunicative di coppia, al fine di migliorare il dialogo e lo scambio affettivo.

LA CONCETTUALIZZAZIONE COGNITIVA DELLE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI

Analizzeremo ora una concettualizzazione cognitiva delle dipendenze

comportamentali in genere, affrontandone l'aspetto emotivo (sentimento della vergogna), le convinzioni disfunzionali di base ed il deficit metacognitivo.

Il sentimento della vergogna

La vergogna è l'emozione che il bambino prova quando un suo stato di arousal non corrisponde ad una risposta analoga da parte del genitore; entro certi limiti si tratta di un'emozione essenziale, inevitabile e necessaria, che lo aiuta ad imparare a regolare i suoi stati della mente ed i suoi impulsi comportamentali. La vergogna è quindi una mancata connessione emotiva: il bambino tenta attivamente di raggiungere uno stato di sintonizzazione affettiva, ma questi tentativi vengono frustrati dal genitore. È un'emozione che contribuisce in maniera significativa allo sviluppo di capacità di autocontrollo che permettono al bambino di modulare emozioni e comportamenti in funzione del contesto sociale. Tuttavia, interazioni che inducono un senso di vergogna e che non sono seguite da una riparazione nelle comunicazioni genitore-figlio, portano all'instaurarsi di stati di umiliazione, emozione che ha caratteri diversi dalla vergogna e che avrebbe invece effetti nocivi sulla maturazione del cervello del bambino.

Quando il sentimento della vergogna diventa eccessivo, tramutandosi in umiliazione, il bambino, già da molto piccolo, impara, per difendersi da questa situazione dolorosa, a controllarsi: comportamenti, pensieri ed emozioni subiscono così una limitazione, che si trasforma nel mancato accesso alla coscienza di alcune emozioni ed in convinzioni di base disfunzionali. Nei casi più estremi la persona arriva a vergognarsi della propria vergogna, bloccando l'accesso alla coscienza anche a questo sentimento. Un altro caso, invece, è quello di persone che non riescono a difendersi dal sentimento della vergogna in modo 'organizzato', ma sperimentano una confusione ed una ingestibilità emotiva, senza la possibilità di trovare un equilibrio.

In entrambi i casi, le conseguenze ultime sono: un sentimento di disconnessione dagli altri oppure vive le relazioni interpersonali come conflittuali e pericolose, l'incapacità di provare piacere per le cose che si sperimentano o per quelle che si fanno, uno scarso senso di competenza e valore personale (che può essere mascherato dietro un'immagine idealizzata di sé o dal tentativo di "far bene le cose" in modo da dimostrare a se stessi e agli altri il proprio valore), la percezione di mancanza di significato della propria vita e la difficoltà a cercare di conferirglielo, l'incapacità a regolare i propri comportamenti ed i propri impulsi comportamentali.

Il sentimento della vergogna è alla base di un ciclo di controllo e allentamento, dove ognuno dei due poli è vissuto in maniera estrema. Nella fase di controllo la persona mostra un eccesso di controllo nel tentativo di gestire se stessa, le proprie emozioni negative, i propri bisogni, le proprie relazioni, gli altri: in sintesi tutto ciò che la fa soffrire. Ciò può assumere molte forme, quali lavorare, pulire, essere moralisti e giudicare gli altri, compiere campagne di miglioramento personale, durissime diete o essere avara.

La fase di allentamento è invece un'evasione, una fuga dalle pressioni del controllo e della vergogna. È un'esperienza personale di 'perdere se stessi'. È una fuga dalla sofferenza sperimentata nella propria vita. Nella violazione, o perdita di controllo, la persona avverte un rilassamento della propria volontà consapevole. Allo stesso tempo l'affidabilità del metodo di fuga è paradossalmente congrua rispetto alla regola richiedente controllo, vale a dire che se un comportamento ritualizzato o una sostanza forniscono un affidabile allentamento, questa affidabilità dà un senso di potere e controllo anche nell'allentamento.

Più si cerca di controllare, più esigente è il bisogno di allentamento. Più si sfugge nella fase di allentamento, più ci si sentirà privi di controllo e si cercherà di compensare con un maggior controllo.

Il sentimento della vergogna è quindi alla base di un blocco emotivo o dell'incapacità di gestire adeguatamente le proprie emozioni, di un ciclo di controllo ed allentamento, di una difficoltà a stabilire dei confini personali o troppo rigidi o troppo labili.

Parallelamente a questo sentimento, e indissolubilmente collegate ad esso, la persona ha sviluppato delle credenze di base disfunzionali che costantemente vengono rinforzate da un ciclo ed un sistema della dipendenza che, ripetendosi costantemente nel tempo, si consolidano e progrediscono.

Le credenze di base disfunzionali

Ogni persona ha un sistema di convinzioni che è la somma di assunzioni, giudizi e miti che ritiene veri. È un repertorio di quali opzioni, risposte, soluzioni, metodi, possibilità e modi di comportarsi siano possibili ad ognuno. In breve, è un modello del mondo. Sulla base di tale modello pianifichiamo e mettiamo in atto decisioni, interpretiamo le azioni degli altri, diamo senso alle esperienze della vita, risolviamo i problemi, conduciamo le nostre relazioni, sviluppiamo la nostra carriera, stabiliamo delle priorità. Per ognuno di noi, il sistema di convinzioni è il filtro attraverso cui selezioniamo i compiti principali della vita.

Il sistema di convinzioni del dipendente contiene alcune convinzioni di base che sono collegate al sentimento della vergogna. Ogni convinzione contribuisce a proteggere il mondo interiore che la persona sperimenta come pieno di dolore e di vergogna, e l'immagine esteriore, che costruisce per mantenere segreto il proprio mondo.

In generale abbiamo notato che tali convinzioni centrali riguardano fondamentalmente se stessi, le proprie relazioni e i bisogni.

La convinzione che riguarda la svalutazione del proprio valore come persona si struttura in base alla ripetuta esperienza del sentimento della vergogna. I sentimenti di inadeguatezza e di fallimento sono dominanti. Spesso il dipendente vede l'umiliazione e la degradazione come giustificate o necessarie. La lotta, costantemente persa, contro la compulsività sessuale, conferma questa convinzione e aumenta i sentimenti di bassa autostima con il

conseguente incremento del desiderio di creare un'immagine di normalità per nascondere il senso di inadeguatezza.

La convinzione che riguarda l'incapacità o impossibilità di instaurare relazioni intime profonde, sostiene l'esistenza del mondo segreto. I dipendenti sessuali vivono nella convinzione che una relazione di questo tipo sia impossibile, per colpa propria o dell'altro. Ritengono di non essere capaci o di non essere degni di amore, oppure che gli altri non sono in grado di amarli e che quindi è impossibile ricercare una relazione stabile e sicura. In entrambi i casi sono rassegnati rispetto la ricerca di relazioni profonde.

La convinzione che riguarda l'impossibilità di soddisfare i propri bisogni provvede a dare energia alla dipendenza. Fondamentalmente i dipendenti si sentono non amati e non amabili, ritenendo perciò che i loro bisogni non saranno riconosciuti. Questa è stata la loro esperienza in famiglie in cui il sentimento di vergogna era predominante, nelle quali si veniva accettati solo in base ai risultati che si ottenevano. Siccome non credono che gli altri li possano amare così come sono, possono costruire una facciata di perfezione, divenire calcolatori, manipolativi, strateghi e impongono regole e leggi a coloro che ritengono amabili. La rabbia per i propri bisogni non riconosciuti nel passato, oggi spesso non riconosciuta ad un livello consapevole, previene la possibilità di esprimere i bisogni nel presente, in quanto anticipa il possibile rifiuto. Di conseguenza, essi sembrano non volere o non aver bisogno di niente a livello di relazioni umane.

Quando un sistema di convinzioni diviene rigido e disadattivo, impedisce l'accesso alla coscienza di un gran numero di informazioni e di emozioni, altre vengono interpretate in modo errato, facilita inoltre la sperimentazione di emozioni negative. Le possibilità di azione, interazione, adattamento flessibile della persona vengono così compromesse.

Le convinzioni di base di chi sviluppa una dipendenza, nascono quindi dal sentimento della vergogna e quindi lo sostengono, sostenendo altresì le conseguenze che questo ha sulla vita della persona: sentimento di mancata o scarsa connessione interpersonale e di poca o nessuna capacità ad instaurarlo; incapacità a provare piacere per quello che si sperimenta o si fa, o a trovare attività o esperienze che diano piacere; sentimento di svalutazione di sé, mancanza di percezione del proprio valore personale; percezione di mancanza di significato della propria vita e difficoltà a conferirglielo.

Viene invece favorita la ricerca di pattern comportamentali, messi in atto in modo rigido e ripetitivo che, partendo dalla convinzioni di base e confermandole, permettano alla persona di non provare o di ridurre gli stati emotivi negativi sperimentati.

Il deficit metacognitivo

A causa del sentimento della vergogna, la persona perde il contatto con le proprie emozioni e con quelle degli altri e, insieme alle credenze di base disfunzionali, questo crea un deficit metacognitivo, con una conseguente inca-

pacità di riflettere sui propri contenuti mentali (pensieri, emozioni, bisogni, ...) e su quelli degli altri.

Quando il sentimento della vergogna è costantemente ripetuto, o troppo intenso, diventa stabilizzato. La persona diviene così 'cieca' o eccessivamente sensibile ad alcune informazioni ed emozioni, che rimangono così al di fuori della sua coscienza oppure non facilmente integrabili in essa. A causa della mancanza di sintonizzazione affettiva con chi si prende cura di lui, il bambino non riesce a sviluppare in maniera adeguata una teoria della mente dell'altro e, conseguentemente, della propria. Il bambino non riesce cioè ad attribuire in modo adeguato, prima alle figure di attaccamento, e poi anche agli altri, idee, credenze, sentimenti desideri e progetti. La capacità dell'adulto, nota come metacognizione, di monitorare i contenuti della propria esperienza cosciente, fino a riconoscerli come stati mentali discreti (emozioni, sentimenti, pensieri, memorie, opinioni, aspettative, fantasie), è la prosecuzione dello sviluppo della teoria della mente che ha inizio nell'infanzia.

Se ci sono deficit o difetti della teoria della mente, accadrà che almeno alcuni dei contenuti che potenzialmente avrebbero potuto acquisire la qualità della coscienza, o che sarebbero potuti divenire, da conoscenza tacite, conoscenza esplicite, restano inconsci o non pienamente coscienti. Le emozioni e altre conoscenze tacite, se rimangono estranee alla coscienza di ordine superiore, non possono essere regolate o modulate con la stessa flessibilità con cui possono essere regolati sentimenti coscienti e conoscenze esplicite. La persona perde la capacità di riflettere su se stessa e di controllare i propri impulsi, in quanto la capacità di riflettere sui propri ed altrui stati mentali, svolge un ruolo fondamentale nella regolazione delle proprie emozioni e dei propri comportamenti. La persona, davanti a forti stati emotivi, non riuscendo ad elaborarli e a gestirli, perde il controllo dei propri processi di pensiero razionali, e rimane vittima dei propri impulsi.

Senza un adeguato monitoraggio metacognitivo la persona perde quindi la capacità di regolare i propri comportamenti e le proprie emozioni. A causa di questo non riesce a vivere una vita soddisfacente, non sperimenta un significativo sentimento di competenza, non riesce ad orientarsi alla realizzazione di una vita significativa. In tutto questo il sesso si inserisce come un comportamento in grado di fornire, illusoriamente, tutte queste cose e al quale, a causa anche del deficit metacognitivo, la persona non riesce e non sa come resistere.

Se un'adeguata sperimentazione del sentimento della vergogna porta alla capacità di gestire i propri comportamenti e le proprie emozioni, una sua inadeguata sperimentazione porta, di contro, all'incapacità di controllare i propri impulsi.

CONCLUSIONI

In conclusione le dipendenze comportamentali derivano da un iniziale sentimento di vergogna, di disconnessione emotiva dalle figure che si prendono cura del bambino, il quale dà origine a convinzioni di base disfunzionali

che a loro volta lo sostengono. A causa di tutto ciò la persona ha difficoltà a sperimentare le proprie emozioni o le vive in modo disorganizzato senza la possibilità di trovare un equilibrio.

Come conseguenza della difficoltà a regolare le proprie emozioni e delle convinzioni di base disfunzionali, la persona ha una visione del mondo distorta e limitata, che la rende incapace di provare piacere per le cose che fa o che vive, che favorisce un senso di svalutazione personale, un sentimento di isolamento dagli altri, una mancanza di significato della propria vita. La presenza di un deficit metacognitivo, sostiene inoltre l'incapacità di fondo a regolare i propri comportamenti e a controllare i propri impulsi.

La persona vive quindi uno stato di sofferenza da quale non sa come risolversi o per il quale non sente di avere le capacità necessarie per farvi fronte. Cerca aiuto quindi in attività che gli diano un sollievo immediato e sicuro, anche se illusorio.

Si instaura a questo punto un circolo che sostiene il sentimento della vergogna, le convinzioni di base, la visione del mondo, il deficit metacognitivo. La persona quindi, non riuscendo a trovare una via d'uscita, e perdendo sempre di più la capacità di orientare e governare la propria vita, continua a rivolgersi sempre più compulsivamente a quei comportamenti che gli danno l'illusione di soddisfare i suoi bisogni: piacere, controllo, potere, connessione interpersonale, significato della propria vita, valore personale. Tutto questo nonostante le conseguenze negative che, nel tempo, continuano ad aumentare e ad accumularsi nella vita del dipendente.

BIBLIOGRAFIA

Cantelmi T. et al. (2000) *La mente in Internet*, Piccin, Padova

Cantelmi T., Lambiase E. (2001) "L'irresistibile fascino della rete", *L'intimità svenudata*, 1, 38-43

Cantelmi T., Giardina Grifo L. (2002) *La mente virtuale. L'affascinante ragnatela di Internet*, San Paolo, Milano

Cantelmi T. (2000) "Presi nella Rete: studi sulla dipendenza psicologica da Internet", *Cultura e Libri*, 128, pp. 21-25

Cantelmi T. (2001) "Psicopatologia delle condotte on line", in: Caretti V., La Barbera D. (a cura di), *Psicopatologia della realtà virtuale*, Masson, Milano

Cantelmi T. et al. (1999) "Psicopatologia connessa ad Internet: recenti acquisizioni", *Giornale di Medicina Militare*, 149, pp. 1-2, 49-54

Cantelmi T. et al. (2000) "Internet Related Psychopathology: primi dati sperimentali, aspetti clinici e note critiche", *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 6 (1), pp.40-51

Cantelmi T., Giardina Grifo L. (2001) "Chat line: amicizia, amore e relazioni in Internet", in: Di Maria F., Canizzaro S. (a cura di), *Reti telematiche e trame psicologiche*, Franco Angeli Editore, Milano

Cambiase T., Talli M. (1998) "Internet Addiction Disorder", *Psicologia Contemporanea*, 150, pp. 4-11

- Carnes P.** (1989) *Contrary to love*, Hazelden, Center City
- Carnes P.** (1991) *Don't call it love*, Bantam, New York
- Carnes P.** (1992) *Out of the shadows*, Hazelden, Center City
- Carnes P. et al.** (2001) *In the shadows of the net*, Hazelden, Center City
- Cooper A.** (Ed.) (2002) *Sex and the Internet*, Brunner-Routledge, New York
- Delmonico D., Griffin E., Moriarity M.** (2001) *Cybersex un-hooked*, Gentle Path Press, Wickenburg
- Earle R., M. Earle** (1995) *Sex addiction*, Brunner/Mazel, New York
- Lambiase E., Cantelmi T.** (2003) "Quando il sesso diventa patologico", *Giornale italiano di psicopatologia*, 9 (1), p. 20
- Lambiase E.** (2001) *La dipendenza sessuale*, www.psiconline.it
- Lambiase E.** (2001) *La dipendenza sessuale*, LAS, Roma
- Lambiase E.** (2001) "Un disagio tutto da studiare. La dipendenza sessuale: definizione e diagnosi", *Attualità in Logoterapia*, 1, 95-109
- Lambiase E.** (2003) *La dipendenza da cybersesso*, www.psiconline.it
- Schneider J., Weiss R.** (1999), *Cybersex exposed*, Hazelden, Center City
- Young K.** (2000) *Presi nella rete. Intossicazione e dipendenza da Internet*, Caldeirini, Roma.

APPENDICE - CRITERI DIAGNOSTICI

Criteri diagnostici per la dipendenza da Internet

Cantelmi, Lambiase (2003)*

Persistente e ricorrente utilizzo di internet maladattivo che conduce a menomazione o disagio clinicamente significativi, come indicato da un totale di quattro (o più) dei seguenti criteri per un periodo di tempo non inferiore ai 6 mesi.

1. Internet diviene un mezzo per gestire i propri stati emotivi negativi ed i propri pensieri spiacevoli
2. Il pensiero è spesso rivolto alla prossima possibilità di connessione ad Internet
3. Svalutazione della propria vita reale rispetto a quella virtuale
4. Inadeguata percezione del tempo quando si è connessi ad Internet
5. Tentativo di nascondere agli altri la quantità di tempo trascorsa in Rete
6. L'uso di Internet interferisce negativamente con il lavoro, lo studio o i rapporti sociali
7. Sensazione che le relazioni "on-line" siano più soddisfacenti di quelle reali
8. Tendenza ad alterare la propria identità in Internet e a comportarsi in modo diverso dal solito
9. Tendenza a connettersi un numero di volte maggiore o per un tempo più lungo rispetto a quello che si desidera realmente fare
10. Tendenza a controllare la posta elettronica ad intervalli regolari, con sperimentazione di sentimenti negativi quando non si ricevono messaggi
11. Sintomi di astinenza quando non è possibile connettersi ad Internet
12. Incapacità a scollegarsi anche quando si vorrebbe.

(*) **Cantelmi T., Lambiase E.**, “La dipendenza da Internet”, in: AA.VV. (2003), *Le dipendenze comportamentali*, Franco Angeli, in press.

Criteri diagnostici per la dipendenza sessuale

Caretti, La Barbera, Cantelmi, Lambiase, Sessa, Craparo, Mangiapane (2003)

A) Persistente e ricorrente comportamento sessuale maladattivo che conduce a menomazione o disagio clinicamente significativi, come indicato da un totale di quattro (o più) dei seguenti criteri [con almeno due da (1) e uno ciascuno da (2) e (3)] per un periodo di tempo non inferiore ai 12 mesi. il soggetto ha un'età non inferiore ai 18 anni.

1) Ossessività

a) pensieri e immagini ricorrenti circa i comportamenti sessuali o le ideazioni sessuali (per es. è eccessivamente assorbito nel rivivere esperienze sessuali passate o nel fantasticare o programmare situazioni sessuali future);

b) i pensieri e le immagini sono intrusivi e costituiscono tensione ed eccitazione inappropriate e causano ansia o disagio marcati;

c) in qualche momento del disturbo la persona ha riconosciuto che i pensieri e le immagini sono prodotti della propria mente (e non suscitati dall'esterno).

2) Impulsività

a) irrequietezza, ansia, irritabilità o agitazione quando non è possibile mettere in atto il comportamento sessuale;

b) ricorrente fallimento nel resistere e nel regolare i desideri sessuali inappropriati e gli impulsi sessuali nonostante le possibili conseguenze negative circa la loro messa in atto.

3) Compulsività

a) comportamenti sessuali ripetitivi che la persona si sente obbligata a mettere in atto, anche contro la sua stessa volontà, come conseguenza delle fantasie sessuali ricorrenti e del deficit del controllo degli impulsi;

b) i comportamenti o le azioni sessuali coatti sono volti a evitare o prevenire stati di disagio o per alleviare un umore disforico (per es. sentimenti di impotenza, irritabilità, inadeguatezza).

B) I pensieri e i comportamenti sessuali ricorrenti e compulsivi impegnano il soggetto per la maggior parte del tempo, o interferiscono significativamente con le sue normali abitudini, con il funzionamento lavorativo (o scolastico), o con le attività o le relazioni sociali usuali.

C) I pensieri e i comportamenti sessuali ricorrenti e compulsivi non avvengono esclusivamente durante un episodio maniacale, abuso di sostanze, dipendenza da sostanze (es. alcool, cocaina, anfetamine), parafilìa, o condizioni mediche generali.

RIASSUNTO. Tra i disturbi mentali che ultimamente si stanno diffondendo sempre più rapidamente ci sono le dipendenze comportamentali, che consistono nell'incapacità di controllare alcuni comportamenti nonostante le molteplici conseguenze negative che questi comportano nella vita della persona. Tra queste dipendenze ci sono ad esempio il gioco d'azzardo compulsivo, la dipendenza sessuale, la dipendenza da Internet, la dipendenza affettiva e la spesa compulsiva.

Le conseguenze negative dovute a questo tipo di patologia sono numerosi e a vari livelli: economico, emotivo, cognitivo e sociale.

Tre comportamenti che attualmente stanno divenendo sempre più oggetto di dipendenze sono Internet, il sesso e il cybersesso. Nell'articolo verranno affrontati, attraverso l'esposizione di alcuni casi clinici, i criteri diagnostici e le caratteristiche di tali disturbi, un'ipotesi teorica e l'intervento terapeutico svolto. A partire da questi casi clinici verrà presentata una concettualizzazione cognitiva delle dipendenze comportamentali, che includerà gli aspetti emotivi, le convinzioni di base disfunzionali ed il funzionamento metacognitivo.

Parole chiave: dipendenze comportamentali, gioco di azzardo compulsivo, dipendenza sessuale, dipendenza da Internet, dipendenza affettiva, spesa compulsiva, funzionamento metacognitivo.

SUMMARY. Together with mental disturbs that lately always are spreading even more quickly there are behavioural attitudes that concerne the incapacity on controlling certain behaviour, in spite of the several negative consequences which those involve in one's life. Examples of those problems are gambling addiction, sex addiction, internet addiction, love addiction and compulsive shopping.

Many are the negative consequences relating to this kind of pathology and they are also presented in various levels: financial, emotional, cognitive and social. The three behaviours that now days are becoming even more object of addiction are: internet, sex and cybersex.

In the following article we will be dealing with a diagnostic criteria and the characteristic of those disturbs, a hypothetical theory and the therapeutic assistance carried out.

Based on these clinic cases we will present an hypothesis of functioning of the behavioural attitudes that include the emotional aspects, the basis of dysfunctional conviction and the metacognitive functioning.

Key-words: Behavioural Dependencies, Gambling Addiction, Sex Addiction, Internet Addiction, Love Addiction, Compulsive Shopping, Metacognitive Functioning.